



## Demande d'admission HDJ SSR Gériatrique

Date d'admission souhaitée :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Provenance

Identification du médecin demandeur : \_\_\_\_\_

Domicile  Etablissement : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### Renseignements administratifs du patient

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ INS : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

Prise en charge dans le cadre d'une ALD :  Oui  Non

Mesure de protection juridique (tutelle, curatelle...) :  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Ancienne profession : \_\_\_\_\_

Type de logement : \_\_\_\_\_

Situation à domicile :  Seul(e)  Avec conjoint  Autre entourage : \_\_\_\_\_

Aides en place :  IDE  Kinésithérapeute  Aides à domicile  Autre : \_\_\_\_\_

#### Médecin traitant :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

#### Personne à prévenir :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

#### Aidant principal :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_





## Informations médicales (confidentiel)

Motif de prise en charge / histoire de la maladie : \_\_\_\_\_

Antécédents connus : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Traitement en cours et posologie : \_\_\_\_\_

► Merci de nous transmettre l'ordonnance du traitement en cours

### Le patient :

Taille : \_\_\_\_\_ cm

Poids habituel : \_\_\_\_\_ kg

Variation du poids :  Stable  Perte de poids : - \_\_\_\_\_ kg  Prise de poids : + \_\_\_\_\_ kg

Patient porteur d'une BMR ou BHRé :  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Vaccination COVID-19 :  Oui  Non  Partielle : \_\_\_\_\_

## Evaluation de l'autonomie

### Mobilité :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Risque de chutes
- Utilisation d'aide technique à la marche

### Hygiène/habillage :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant

### Elimination/continence :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Sonde vésicale →  Gestion autonome
- Stomie (précisez) : \_\_\_\_\_

### Transfert :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant

### Ventilation :

- Aucune
- Oxygène
- Trachéotomie

### Etat cutané :

- Peau saine
- Pansement

### Alimentation :

- Autonome
- Aide partielle
- Dépendant
- Alimentation artificielle
- Troubles de la déglutition
- Régime : \_\_\_\_\_

- Le/La patient(e) est stable médicalement au moment de la demande
- Le/La patient(e) présente un état cognitif compatible avec une prise en charge en HDJ (compréhension conservée, absence de comportement perturbateur) et adhère au projet

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tampon + signature du médecin adresseur :

Décision de l'équipe pluridisciplinaire :

- Accord
- Refus